

**CAROLINE BARROS PIZZANI**

**PRÉ- NATAL COMO FATOR PROTETOR NAS  
GESTANTES ADOLESCENTES PARA DESFECHOS  
NEONATAIS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina**

**2008**

**CAROLINE BARROS PIZZANI**

**PRÉ- NATAL COMO FATOR PROTETOR NAS  
GESTANTES ADOLESCENTES PARA DESFECHOS  
NEONATAIS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Professor Orientador: Prof. Sérgio Murilo Steffens**

**Professor Co-Orientador: Prof. Dr. Paulo Fontoura Freitas**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina**

**2008**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores Sérgio Murilo Steffens e Paulo Fontoura Freitas por me ajudarem a transformar uma idéia abstrata em algo concreto. Pela paciência que tiveram com minhas dúvidas, por compartilhar a experiência, apresentando críticas construtivas e me auxiliando a ver meus erros.

À minha família que esteve sempre à disposição para ouvir desabafos e para me oferecer palavras de carinho e incentivo.

Aos meus colegas de faculdade e de turma pelos momentos de felicidade e descontração, assim como de preocupação e tensão que passamos juntos no decorrer dos últimos cinco anos.

## RESUMO

**Introdução:** Tanto a gestação na adolescência como pré-natal (PN) inadequado estão associados à desfechos neonatais desfavoráveis. Pouco sabe-se o quanto cada fator- idade e PN- influenciam isoladamente.

**Objetivos:** Investigar o perfil e as características dos desfechos neonatais em puérperas adolescentes comparando às adultas e sua associação com o PN.

**Métodos:** Estudo observacional com delineamento transversal, utilizando de base de dados secundária, correspondentes aos partos ocorridos no período de 2001 a 2005 no Hospital Universitário de Florianópolis.

**Resultados:** base de dados apresenta 5923 puérperas, sendo destas 19,6% adolescentes e 80,4% adultas. As adolescentes apresentavam maiores prevalências de estado civil solteiras, primíparas e de pré-natal inadequado, enquanto as adultas apresentavam maiores prevalências de baixa escolaridade e tabagismo. Ao se comparar os desfechos neonatais considerando apenas a idade das puérperas, as adolescentes apresentavam maiores prevalências de baixo peso ao nascer e de prematuridade em relação às adultas. Quando analisada a faixa etária em conjunto ao número de consultas pré-natais se observou que entre as pacientes com PN inadequado as adolescentes apresentavam maiores prevalências de baixo peso ao nascer e de prematuridade em relação às adultas. No grupo com PN adequado não houve diferenças estatisticamente relevantes nas prevalências dos desfechos neonatais entre adolescentes e adultas.

**Conclusões:** Ao se comparar os desfechos neonatais entre adolescentes e adultas sem considerar o acompanhamento PN a prevalência de desfechos neonatais desfavoráveis atribuídos à faixa etária se encontra superestimada. As adolescentes enquanto faixa etária se apresentam como fator risco apenas para baixo peso ao nascer, esse fator de risco se encontra anulado nas pacientes que realizam acompanhamento PN adequado.

## ***ABSTRACT***

**Introduction:** Both teenage pregnancy and inadequate prenatal care are associated to unfavorable neonatal outcomes. Little is known about how the age factor and the prenatal factor influence singularly.

**Objectives:** To investigate the profile and characteristics of neonatal outcomes in teenager puerperal compared to adults and its relation to prenatal care.

**Methods:** Observational studies with transversal outlining, using secondary database, corresponding to birth given between 2001 and 2005 in University Hospital in Florianópolis.

**Results:** The database includes 5923 puerperal, among those 19,6% are teenagers and 80,4% adults. The teenagers presented single, primiparous and inadequate prenatal follow-up prevalence, while adults presented under schooling and smoker prevalence. Comparing neonatal outcomes considering only puerperal ages the teenagers presented low birth weight and prematurity prevalence if compared to the adults. When comparing age together with amount of prenatal consults it was observed that in the group with inadequate prenatal care the teenagers had low birth weight on birth and prematurity prevalence. On the group with adequate PN there were no statistically significant differences on outcome prevalence.

**Conclusions:** Comparing neonatal outcomes between teenager and adults regardless prenatal care the prevalence of unfavorable neonatal outcomes assigned to age is overestimated. Teenagers as age group is only considered a risk factor for low birth weight. That risk factor is null among patients that perform adequate prenatal follow-up.

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>TABELA 1</b> – Características do perfil da amostra conforme faixa etária.....	8
<b>TABELA 2</b> - Desfechos neonatais associados à faixa etária.....	9
<b>TABELA 3</b> - Peso ao nascer conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais.....	10
<b>TABELA 4</b> - Idade gestacional ao nascer conforme faixa etária e número de consultas pré-natais.....	10
<b>TABELA 5</b> - Apgar de 5º minuto conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais.....	11
<b>FIGURA 1</b> - Gráfico com prevalência dos desfechos neonatais desfavoráveis nos grupos de faixa etárias com pré-natal adequado e inadequado.....	11

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IC	Intervalo de Confiança
IG	Idade Gestacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PN	Pré- natal
RP	Risco Prevalência
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>viii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>5</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Delineamento.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 População de Estudo.....</b>	<b>6</b>
<b>3.3 Coleta e Processamento dos Dados.....</b>	<b>6</b>
<b>3.4 Variáveis.....</b>	<b>6</b>
<b>3.5 Métodos de Análise dos Dados.....</b>	<b>7</b>
<b>3.6 Aspectos Éticos .....</b>	<b>7</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>21</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup> como a faixa etária de 10 a 20 anos incompletos, a qual se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, tanto no plano emocional, social como fisiológico. A ocorrência da gravidez durante a adolescência sofre influência não apenas de fatores fisiológicos como também socioeconômicos. Estima-se que ocorram por ano 14 milhões de partos em adolescentes, sendo destes 90% em países em desenvolvimento e um terço na América Latina.<sup>2</sup> No Brasil 10-20% das mulheres engravidam antes dos 18 anos.<sup>2</sup>

Na esfera biológica a adolescência se caracteriza por mudanças físicas que levam a uma maturidade sexual e capacidade sexual. Nesta faixa etária, as altas concentrações séricas de hormônios desencadeiam o surgimento de caracteres sexuais secundários e ativam áreas de sistema nervoso central relacionadas à libido.<sup>3</sup> Juntamente com as mudanças biológicas ocorrem profundas alterações psicossociais: busca da própria identidade e da definição de seu papel social.<sup>3</sup> Socialmente o adolescente vive uma confusão de papéis: não é mais uma criança, mas também ainda não é um indivíduo adulto. O conflito entre a dependência familiar e desejo de independência faz com que o jovem reaja à autoridade dos pais e procure ligação afetiva e segurança em grupos de amigos, que vivenciam os mesmos conflitos e pressões. Com a convivência em grupos o adolescente procura sua própria aceitação através da aceitação e julgamento dos amigos.<sup>4</sup> Com isso, apesar da convivência em grupos ser uma etapa normal do desenvolvimento, fortalecendo a auto-estima e identidade do indivíduo, também se trata de uma fase vulnerável, se sujeitando aos valores e aos comportamentos de terceiros.<sup>4</sup> O jovem possui um número excessivo de possibilidades e opções conflitantes que procura explorar e testar antes de assumir as responsabilidades da vida adulta.<sup>3-5</sup>

Faz parte do papel do profissional da saúde instruir os adolescentes sobre métodos anticoncepcionais e sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Ao abordar o assunto da sexualidade com adolescentes deve-se demonstrar interesse por suas dúvidas e ansiedades e evitar demonstrar pré-conceitos, visando estabelecer uma relação de confiança.<sup>6</sup> Faz-se importante ter um baixo limiar de desconfiança para gestação como uma possibilidade em jovens, que podem procurar assistência médica por queixas inespecíficas, como irregularidades menstruais ou queixas relacionadas aos sistemas geniturinário e

gastrointestinais.<sup>7</sup> Causey *et al.*<sup>7</sup>, através de estudo realizado nos Estados Unidos de 1993-1997, demonstraram que das gestantes adolescentes que procuram emergência sem diagnóstico prévio de gestação, 10,5% negaram ter vida sexual ativa.

A gravidez na adolescência está presente em todos os níveis sociais, porém com maior frequência nas populações de baixa renda.<sup>9</sup> São fatores de risco para gestação na adolescência: evasão escolar, a ausência do pai ou mãe do domicílio e o desemprego materno ou paterno.<sup>10, 11</sup> Mães adolescentes residem em piores condições, tem menor renda *per capita* e escolaridade quando comparadas com mães adultas da mesma classe social.<sup>9,12</sup> Mulheres adultas que engravidaram na adolescência tendem a ter maior dificuldade em participar da população economicamente ativa em comparação às mulheres que não engravidaram na adolescência.<sup>9,10</sup> Desse modo ocorre um ciclo vicioso em que a gestação na adolescência não apenas prevalece na população de baixa renda como também agrava a situação.<sup>1,2,13</sup>

Estudos mostram uma maior proporção de agravos neonatais e obstétricos na gestante adolescente, como: aumento da incidência de prematuridade, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento intra-uterino, sofrimento fetal agudo intraparto, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.<sup>1,14-19</sup> Conforme a OMS<sup>1</sup> o baixo peso ao nascer é o mais importante fator associado à mortalidade e morbidade perinatais dos recém-nascidos e segue em importância a prematuridade. Existe controvérsia se a gestação na adolescência apresenta risco aumentado para complicações devido a uma imaturidade fisiológica e anatômica, se por ser mais prevalente em níveis sócio-econômicos menos favorecidos ou por ser um grupo predisposto a um acompanhamento pré-natal inadequado.<sup>8,14,20,21</sup>

O pré-natal tem como objetivo principal assegurar o nascimento de uma criança saudável com o mínimo de impacto na saúde da gestante. O direcionamento do pré-natal para atingir esse objetivo envolve atividades educativas e preventivas.<sup>13, 22</sup> A ausência de acompanhamento pré-natal está associada à mortalidade perinatal cinco vezes superior àquela encontrada nas pacientes com atendimento pré-natal regular.<sup>23</sup> As atividades mínimas esperadas em um pré-natal são:

- Estimar a idade gestacional com maior precisão possível,
- Rastrear fatores de risco da gestante, sendo necessários exames complementares,
- Acompanhar a evolução dos parâmetros de vitalidade tanto da gestante como do feto,

- Orientar e permitir um diálogo aberto para que a gestante possa expor suas dúvidas e preocupações
- Avaliar quanto à necessidade de encaminhar a gestante para um serviço de pré-natal de alto risco.<sup>22-25</sup>

A situação ideal é que o pré-natal se inicie tão logo se suspeite a gravidez ou se possível ao planejar a gestação. O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG)<sup>26</sup> recomenda que o médico incentive as mulheres a planejarem sua vida reprodutiva, abordando o assunto de maneira indireta: perguntar quais medidas elas estão tomando para não engravidar, falar sobre as repercussões sociais e ocupacionais de se criar uma criança. A consulta pré-concepcional tem como objetivo avaliar o estado de saúde da mulher, avaliar as possíveis doenças que precisam ser compensadas antes da concepção e avaliar as medicações em uso e os riscos de teratogênicos. Nas mulheres saudáveis, mesmo com um bom aporte nutricional, deve-se iniciar suplementação de ácido fólico, que possui evidências científicas de seu fator protetor contra malformações do tubo neural.<sup>26</sup> Início do acompanhamento pré-natal antes de 12 semanas de gestação está associado à diminuição de prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer.<sup>27</sup> O Ministério da Saúde<sup>24, 25</sup> recomenda mínimo de 6 consultas pré-natais, de preferência com uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

Na 1ª consulta pré-natal deve-se estabelecer uma boa relação médico-paciente, onde a gestante possa ter um diálogo aberto sobre suas ansiedades e expectativas da gestação, visando também que as orientações dadas sejam seguidas e que compareça às consultas pré-natais agendadas. A gestante deve ser esclarecida quanto à importância da assistência pré-natal e à frequência das consultas, orientar que os dados registrados no cartão da gestante são necessários não só para monitorar a gestação como para a hora do parto. O acompanhamento pré-natal inadequado está associado à baixa escolaridade e à falta da compreensão pela gestante sobre a importância do pré-natal.<sup>28,29</sup> O período gestacional é um momento adequado para rastrear a saúde em geral em mulheres que previamente realizavam um acompanhamento médico inadequado.<sup>23</sup> Caso a paciente não tenha registro prévio, deve-se começar com o registro de uma anamnese detalhada, com antecedentes pessoais e familiares e, se houver, de gestações anteriores. Deve-se registrar se a gestação foi planejada, bem aceita e se a gestante tem bom apoio social, como marido ou familiares. Puérperas que não apresentam uma boa rede social/familiar apresentam o dobro de risco de desenvolver depressão pós-parto.<sup>30</sup> Após

cada consulta do pré-natal deve ser avaliada se o desenrolar da gestação está dentro do padrão esperado e estratificar os riscos da gestação.<sup>22,23,31</sup>

O pré-natal em adolescentes se faz especialmente necessário devido às dificuldades próprias da adolescência como prever as conseqüências de seus atos e desejo de novas experiências.<sup>3,5</sup> A gestação na adolescência ocorre em sua maioria sem planejamento e enfrentam dificuldade de aceitação por parte da família e da própria gestante, que se sente estigmatizada por sua condição.<sup>32,33</sup> O papel da equipe de saúde nesse contexto se faz em acompanhar a adolescente sobre seus temores e expectativas acerca da gestação, procurando ajudá-la no processo de aceitação de sua nova condição. Deve-se conversar na primeira consulta sobre como a gestante deseja comunicar seus pais e o pai da criança sobre a gravidez. Conforme a resposta emocional da adolescente ao que foi conversado, avalia-se a necessidade de uma nova consulta em 24 a 48 horas para não sobrecarregar emocionalmente a paciente.<sup>22</sup>

Neste contexto, para a melhoria na assistência a saúde da mulher e adolescente em 2004 foi lançado pela Presidência da República o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de articular os setores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Para tal, qualificadas maternidades do Distrito Federal e dos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pará, Roraima, Paraná e Santa Catarina, além de uma maternidade de referência em cada capital brasileira. Essa ação, coordenada pela Área Técnica da Saúde da Mulher e articulada com as Áreas da Saúde da Criança e do Adolescente e Jovem se constitui em uma das ações prioritárias do Pacto. As qualificações tiveram como parceiros o Centro Latino- Americano de Perinatologia (CLAP), A FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), A SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), entre outras instituições.<sup>34</sup> O CLAP, entidade criada em 1970 e subordinada a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) E OMS, tem como comprometimento a saúde das mães e dos recém-nascidos dentro de uma perspectiva de equidade e eficiência, identificando, utilizando e mobilizando recursos próprios e de outras instituições, que garantem melhores respostas para cada situação específica. Dentre seus objetivos estão: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna.<sup>35</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Investigar as características dos desfechos neonatais em puérperas adolescentes comparadas às puérperas adultas e suas associações com a realização do pré-natal.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

Investigar diferenças entre parturientes adolescentes com parturientes de idade adulta considerando:

- Perfil da amostra;
- Baixo peso ao nascer;
- Prematuridade;
- Baixo índice de Apgar de quinto minuto;
- Realização do pré-natal.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1. Delineamento:

Estudo observacional com delineamento transversal, utilizando de base de dados secundária do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP).

#### 3.2. População de Estudo:

A base de dados secundária apresenta informações referentes à puérperas e recém-nascidos cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e cujas internações das gestantes ocorreram nos anos de 2001 à 2005.

#### 3.3. Coleta e Processamento dos Dados:

A base de dados consiste em informações das puérperas e seus respectivos recém-nascidos no momento da alta hospitalar. Após a seleção dos dados por local do parto e data de internação foram excluídos aqueles que possuíam uma perda de dados superior a 12% e que não possuíam o campo “idade na gestação” preenchido. Os dados foram exportados para o programa SPSS 8.0 onde foi conduzida a análise.

#### 3.4. Variáveis:

Foram selecionadas: data de internação, idade na gestação, alfabetização, total de anos estudados, cigarros por dia, estado civil, número de gestações, número de consultas pré-natais, tipo de parto, idade gestacional no parto, peso ao nascer do recém nascido e índice de Apgar de 5º minuto.

Foi definida como grupo adolescente a faixa etária de 12 à 19 anos e 364 dias e como adultas aquelas acima de 20 anos. Foi definido como baixo peso ao nascer quando peso superior a 500g e inferior a 2.500g e como prematuro quando o recém nascido nasceu com mais de 20 semanas e menos de 37 semanas de idade gestacional. O índice de Apgar de quinto minuto foi classificado como baixo quando menor que sete. O pré-natal foi considerado inadequado quando a parturiente apresentava menos de seis consultas, seguindo as recomendações Ministério da Saúde.<sup>24,25</sup>

### **3.5. Método de Análise dos Dados:**

Foram descritas as características e distribuição das parturientes e desfechos neonatais e a seguir, explorada a existência de associação entre estas variáveis e a realização do pré-natal .

Diferenças na ocorrência dos desfechos perinatais ao comparar adolescentes e adultas foram descritas e a existência de significância estatística calculada pelo teste do qui-quadrado no nível de confiabilidade de 95% ( $p < 0,05$ ).

### **3.6. Aspectos Éticos:**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, respeitando todos os requisitos exigidos pelas resoluções nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde para estudos envolvendo seres humanos. Em parecer o Comitê se declarou ciente da pesquisa e julgou não necessidade de aprovação por se tratar de pesquisa com base de dados secundária.

## 4. RESULTADOS

O número de puérperas presentes em nossa base de dados foi de 5923, com idade variando de 12 a 49 anos com a média de 23 anos de idade, sendo as adolescentes representadas por 1163 (19,6%) participantes e as adultas representadas por 4760 (80,4%) participantes.

O perfil da amostra conforme os grupos de adolescentes e de adultas foram apresentados na tabela 1. As faixas etárias de adolescentes e adultas apresentaram semelhante alfabetização. Ao comparar as faixas etárias observamos que as adolescentes apresentaram maiores proporções de solteiras, pré-natal (PN) inadequado e primíparas, enquanto as adultas apresentaram maiores proporções de tabagistas e de baixa escolaridade.

**Tabela 1** - Características perfil da amostra conforme faixa etária.

	<b>Adolescentes</b>		<b>Adultas</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Alfabetização</b>				
Analfabetas*	8	0,7%	64	1,4%
Alfabetizadas	1076	99,3%	4407	98,6%
<b>Escolaridade</b>				
Menos de 5 anos estudados†	150	14,3%	787	18%
5 anos ou mais estudados	897	85,7%	3593	82%
<b>Tabagismo na gestação</b>				
Fumantes‡	131	11,7%	659	14,3%
Não fumantes	991	88,3%	3965	85,7%
<b>Estado Civil</b>				
Solteira §	216	18,9%	335	7,2%
União estável	726	63,7%	2323	49,8%
Casadas	194	17%	1936	41,5%
Outras	4	0,4%	75	1,6%
<b>Pré-natal</b>				
Menos de 6 consultas	519	44,6%	1727	36,3%
6 ou mais consultas	608	52,3%	2887	60,7%
<b>Paridade</b>				
Primíparas¶	1067	91,7%	3741	78,6%
Múltiparas	96	8,3%	1019	21,4%

Fonte: CLAP/ HU UFSC 2001-2005

\* N= 5555, p=0,07

† N= 5427, p=0,005

‡ N= 5427, p=0,02

§ N= 5809, p<0,000

|| N=5741, p<0,000

¶ N=5923, p<0,000



Na tabela 2 podemos observar a associação entre faixa etária com baixo peso ao nascer, prematuridade e índice de Apgar de 5º minuto. Quanto ao baixo peso ao nascer a prevalência foi 39% maior para as adolescentes em relação às adultas (RP:1,39, IC:1,12-1,49). As adolescentes apresentaram uma prevalência de prematuridade 26% maior que as adultas (RP: 1,6 IC: 1,06-1,51). A diferença na prevalência de índice de Apgar de quinto minuto menor que sete não foi significativa entre as duas faixa etárias apresentadas (RP: 0,89 , IC: 0,66-1,29)

**Tabela 2 - Desfechos neonatais associado à faixa etária.**

	Adolescentes		Adultas	
	N	%	N	%
<b>Peso de nascimento</b>				
De 500 a 2500g†	164	14,3%	498	10,7%
2500g ou mais	983	85,7%	4165	89,3%
<b>IG* ao parto</b>				
De 20 a 37 semanas‡	190	16,8%	637	13,8%
37 semanas ou mais	914	83,2%	3993	86,2%
<b>Apgar de 5º minuto</b>				
Menor que 7§	29	2,6%	129	2,8%
7 ou mais	1108	97,4%	4503	97,2%

Fonte: CLAP/ HU UFSC 2001-2005

\*IG: Idade gestacional

† N= 5810, p=0,001

‡ N= 5761, p=0,011

§ N= 5769, p=0,76

A tabela 3 apresenta a relação do peso ao nascer em relação à faixa etária e o número de consultas de PN. Observamos que o grupo com maior prevalência de baixo peso foi aquele que agrega as adolescentes com PN inadequado, seguido pelo grupo de adultas com PN inadequado. Na amostra com PN inadequado, as adolescentes apresentaram 27% mais recém-nascidos com baixo peso ao nascer do que as adultas (RP: 1,27 IC: 1,06-1,52). Nas pacientes com PN adequado não houve diferença estatisticamente relevante (RP: 1,16 IC: 0,88-1,53). Isolando as adolescentes e comparando aquelas com PN inadequado com aquelas com adequado observamos que o PN com seis ou mais consultas reduziu aproximadamente em 67,6% a prevalência de baixo peso ao nascer (RP: 3,09 IC: 2,29-4,28).

**Tabela 3 - Peso ao nascer conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais**

	De 500 a 2500g		2500g ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>PN* inadequado</b>						
Adolescentes	115	22,5%	395	77,5%	510	100%
Adultas	292	17,4%	1384	82,6%	1676	100%
<b>PN adequado</b>						
Adolescentes	44	7,3%	559	92,7%	603	100%
Adultas	174	6,1%	2672	93,9%	2846	100%

Fonte: CLAP/ HU UFSC 2001-2005

\*PN: pré-natal

A tabela 4 apresenta a relação de idade gestacional ao nascer em relação à faixa etária e o numero de consultas de PN. A prevalência de prematuridade ente as adolescentes e adultas com PN inadequado não foi estatisticamente significativa (RP: 1,08 IC: 0,91-1,29), assim como a diferença ao comparar as adolescentes e adultas com PN adequado (RP: 1,14 IC: 0,88-1,46). Ao isolarmos as adolescentes observamos que o PN adequado reduziu em 64,2% a prevalência de prematuridade (RP: 2,79 IC: 2,08-3,75).

**Tabela 4 - Idade gestacional ao nascer conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais**

	De 20 a 37 semanas		37 semanas ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>PN* inadequado</b>						
Adolescentes	128	25,3%	377	74,7%	505	100%
Adultas	388	23,3%	1275	76,7%	1663	100%
<b>PN adequado</b>						
Adolescentes	54	9,1%	542	90,9%	596	100%
Adultas	222	7,8%	2622	92,2%	2844	100%

Fonte: CLAP/ HU UFSC 2001-2005

\*PN: pré-natal

A tabela 5 apresenta os dados referentes ao índice de Apgar de 5º minuto conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais. Não houve diferença estatisticamente relevante ao comparar as prevalências de adolescentes de PN inadequado com de adultas de PN inadequado (RP: 0,82 IC: 0,53-1,26), nem ao comparar as adolescentes de PN adequado com às adultas de PN adequado (RP 1,07 IC: 0,64-1,8), nem ao comparar as adolescentes de PN inadequado às adolescentes com PN adequado (RP:1,68 IC: 0,81-3,5).

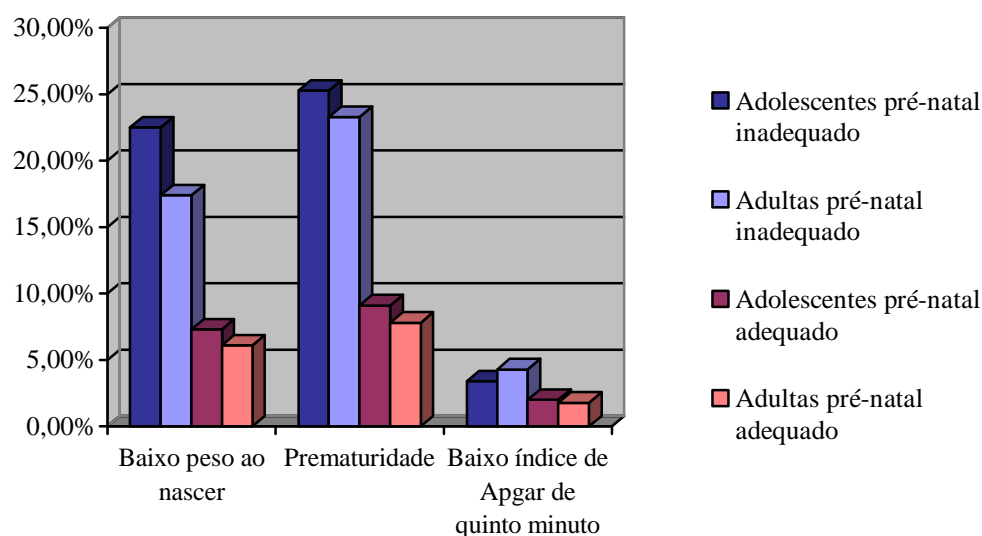
**Tabela 5** – Índice de Apgar de 5º minuto conforme faixa etária e numero de consultas pré-natais

	Menor que 7		7 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>PN* inadequado</b>						
Adolescentes	17	3,4%	487	96,6%	504	100%
Adultas	71	4,3%	1583	95,7%	1654	100%
<b>PN adequado</b>						
Adolescentes	12	2%	588	98%	600	100%
Adultas	52	1,8%	2786	98,2%	2838	100%

Fonte: CLAP/ HU UFSC 2001-2005

\*PN: pré-natal

A figura 1 mostra a diferença de prevalência dos desfechos neonatais desfavoráveis nos grupos de faixa etárias com pré-natal inadequado e adequado que foram apresentados nas tabelas 3, 4 e 5.



**Figura 1-** Gráfico com prevalência dos desfechos neonatais desfavoráveis nos grupos de faixa etárias com pré-natal adequado e inadequado.

## 5. DISCUSSÃO

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em junho de 2000 pelo Ministério da Saúde, assegura a melhoria de acesso, de cobertura e de qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos à cidadania. O programa está fundamentado na humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primordial para uma adequada ação e incentiva a qualificação e a promoção da integração entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, baseado em evidências científicas. A gestação no período da adolescência está associada a um acompanhamento pré-natal tardio e com menos de seis consultas. Tanto a gestação na adolescência como o pré-natal inadequado estão associados ao aumento da prevalência de baixo peso ao nascer, prematuridade e baixo índice de Apgar de 5º minuto. É controverso o quanto os fatores idade e pré-natal influenciam isoladamente.<sup>1,14</sup>

No presente estudo 19,6% das parturientes eram adolescentes. Goldenberg *et al.*<sup>17</sup> em estudo realizado em Minas Gerais em 2001, observaram que 21,5% do total de partos ocorriam em adolescentes; Em São Paulo Yazlle *et al.*<sup>13</sup> encontraram que os partos entre adolescentes correspondiam a 16,6% do total de partos ocorridos de 1992 à 1996. A prevalência de adolescentes no total de todas parturientes em nosso meio encontram se próximos às prevalências em Minas Gerais (21,5%) e São Paulo (16,6%), demonstrando que a gestação na adolescência se faz presente como questão social em outras regiões do Brasil.

Ao analisarmos o perfil da amostra observamos que os fatores de risco para desfechos neonatais desfavoráveis das adolescentes são: maiores proporções de primíparas, solteiras e de acompanhamento pré-natal inadequado, enquanto as adultas apresentavam como fator de risco maiores proporções para tabagismo e baixa escolaridade.

Analfabetismo e baixa escolaridade estão associados ao baixo peso ao nascer, a prematuridade e assim como ao acompanhamento pré-natal com menos de seis consultas.<sup>25,27,36</sup> Em nossa pesquisa observamos diferença não significativa na prevalência de analfabetismo e maior proporção de baixa escolaridade entre as adultas em relação às adolescentes (18% *versus* 14,3%). Kassabar *et al.*<sup>9</sup> com dados referentes a 1996 em Maceió sendo a amostra também proveniente de hospital público, apresentaram maiores proporções de analfabetismo e menos de 4 anos de estudo entre as adolescentes em relação à adultas:

Entre as puérperas adolescentes 16,8% eram analfabetas e 74% estudaram de 1-4 anos enquanto as puérperas adultas jovens (20-30 anos) apresentavam 21,2% de analfabetismo e 50,4% entre 1-4 anos de estudo. Santos, Martins e Souza<sup>36</sup> em pesquisa realizada no Maranhão em 2006 apresentavam menos de sete anos de estudo em 26% entre as mães adolescentes e em 16,3% entre as mães adultas e o analfabetismo se apresentava em 0,19% das adolescentes e em 0,28% das adultas. Dados de nosso estudo diferem da literatura nacional, encontrando maior prevalência de baixa escolaridade entre as adultas em relação às adolescentes. A menor prevalência de baixa escolaridade entre as faixas etárias pode representar um melhora dos níveis educacionais entre as gerações em nosso meio.<sup>9, 10</sup>

Quanto ao hábito de fumar durante a gestação, este se apresenta como um fator de risco para desfechos neonatais inadequados, tais quais: restrição do crescimento fetal, prematuridade e baixo peso ao nascer.<sup>24, 25</sup> No presente estudo observa-se em maior proporção entre adultas em relação às adolescentes (14,3% *versus* 11,7%). Esta diferença apresenta resultado semelhante ao da literatura: Kassabar *et al.*<sup>9</sup>, em estudo realizado em Maceió em 1996, observou que 8% das gestantes adolescentes fumavam, enquanto 17,6% das gestantes de 20 a 30 anos eram tabagistas.

A falta de um parceiro está relacionada a uma maior proporção de acompanhamento pré-natal inadequado, baixo peso ao nascer e prematuridade, relacionada à falta de apoio social e falta de suporte financeiro.<sup>2, 9, 13, 30, 29</sup> Em nosso encontramos que o estado civil solteira representa 18,9% das puérperas adolescentes e 7,2% das adultas. No Maranhão em 2006, Santos, Martins e Souza<sup>36</sup> observaram entre as puérperas adolescentes 33,9% solteiras e nas puérperas adultas 21,2%. Como na adolescência ocorre maior proporção de gestações não planejadas e que não contam com apoio familiar é esperado que não se tenha uma unidade familiar previamente preparada para receber uma criança, como um casamento ou união estável.<sup>9,13, 32, 33</sup>

O pré-natal iniciado no primeiro trimestre e com mais de seis consultas está associado à diminuição de desfechos neonatais desfavoráveis e se apresenta em maiores proporções entre as gestantes adolescentes.<sup>17, 24, 27</sup> Em nosso estudo observamos menos de seis consultas pré-natais em 44,6% das puérperas adolescentes, ocorrendo em maior prevalência em relação às puérperas adultas, que apresentaram 36,3% com PN inadequado. Essa diferença também é observada em outras regiões do Brasil: A proporção de pré-natal com menos de seis consultas em Maceió,<sup>9</sup> foi de 54,8% das adolescentes e 45,2% das adultas; Em Minas Gerais<sup>17</sup> 71,4% das adolescentes e 60% das adultas apresentaram PN inadequado; Santos, Martins e Souza<sup>36</sup> observaram em 2006, no Maranhão menos de sete consultas em 71,8% das adolescentes e

64,5% das adultas. A relação de maior prevalência de PN inadequado em adolescentes comparada às adultas foi observada no presente estudo e na literatura, porém observamos que em nossa pesquisa apresenta maiores taxas de PN adequado, tanto em adolescentes como em adultas ao comparar com outras regiões do Brasil. Por vezes a gestante adolescente sente receio de procurar assistência médica devido ao medo de procedimentos obstétricos e de que seus familiares descubram a gestação.<sup>29, 32</sup>

A primiparidade está associada às maiores prevalências de baixo peso ao nascer e de intercorrências na gestação, como a hipertensão específica da gestação<sup>31</sup>. Neste estudo observamos taxas de primiparidade de 91,7% entre as puérperas adolescentes e de 78,6% entre as adultas. Em Maceió Kassabar *et al.*<sup>9</sup> observaram primiparidade em 66,8% das adolescentes e 27% das adultas. Em São Paulo de 2001-2002, Chalem *et al.*<sup>12</sup> observaram que de sua amostra de puérperas adolescentes 80,1% eram primíparas. No presente estudo encontramos maior prevalência de primiparidade entre as adolescentes em relação às adultas, estando de acordo com dados da literatura nacional. Porém neste estudo encontramos maiores prevalências de primíparas na adolescência e na faixa etária adulta quando comparados com outras regiões do Brasil, demonstrando menor taxa de fecundidade em nosso meio.

Ao se comparar os desfechos neonatais entre adolescentes e adultas observamos aumento das prevalências de prematuridade e baixo peso ao nascer, sendo respectivamente aumentos de 39% e 26%. Quanto ao índice Apgar de quinto minuto abaixo de sete, observamos que, não ocorre associação entre faixa etária. Estudo de Santos, Martins e Souza<sup>36</sup> observaram prevalência de baixo peso ao nascer entre as adolescentes de 19,9% e entre as adultas de 14,2%, apresentando as adolescentes 40% mais recém-nascidos de baixo peso. Quanto à prevalência de prematuridade, no mesmo estudo, Santos, Martins e Souza<sup>36</sup> observaram 21,4% para as adolescentes e 15,7% para as adultas, portanto as adolescentes apresentaram prevalência de prematuridade 36% maior que as adultas. As prevalências de índice de Apgar de quinto minuto abaixo de sete, no mesmo estudo de Santos, Martins e Souza,<sup>36</sup> foram de 5,6% para as adolescentes e 4,2% para as adultas, porém o IC quanto à diferença na prevalência de baixo índice de Apgar de quinto minuto se mostrava sobreposto. Para Kassabar *et al.*<sup>9</sup> estudo em Maceió em 1996, as adolescentes demonstravam prevalências de 15,6% e 14,4% de baixo peso ao nascer e prematuridade respectivamente enquanto as adultas apresentavam prevalências de baixo peso ao nascer de 11,6% e para prematuridade de 12,8%. Ao comparar as prevalências entre adolescentes e adultas se observou sobreposição dos intervalos de confiança.

Nas Tabelas 3, 4, 5 se faz possível analisar as prevalências dos desfechos neonatais desfavoráveis não apenas considerando a idade, mas também o número de consultas no PN. Ao avaliarmos a prevalência do baixo peso ao nascer entre as mulheres que realizaram PN inadequado observamos que as adolescentes com PN inadequado apresentaram 27% mais recém-nascidos com baixo peso ao nascer do que as adultas PN inadequado, contrastando com as pacientes com PN adequado nas quais não houve diferença de prevalência estatisticamente relevante. Goldenberg *et al.*<sup>17</sup> observaram que entre as puérperas que haviam realizado PN inadequado as adolescentes apresentavam 52% mais recém-nascidos de baixo peso em relação as adultas e que entre puérperas que realizaram PN adequado as adolescentes apresentavam prevalência de baixo peso 40% maior em relação as adultas. De nosso estudo podemos concluir que as gestantes adolescentes apresentam um risco aumentado em relação às adultas para baixo peso e que o PN adequado se mostra uma medida eficaz para anular o risco associado ao fator idade. Avaliando a capacidade preventiva do pré-natal dentre as adolescentes com PN inadequado e as adolescentes com PN adequado observamos que nessa faixa etária o PN adequado reduziu em 36,3% a prevalência de baixo peso ao nascer. Morais *et al.*<sup>27</sup> em estudo realizado no Rio Grande do Sul em 1995, observaram que o PN com mais de seis consultas reduziu em 72,2% a prevalência de baixo peso ao nascer em relação à gestantes com PN inadequado.

Ao avaliar a prevalência de prematuridade observamos que o fator faixa etária não se mostrou como fator de risco ao se levar em conta o número de consultas do PN, pois não houve diferença estatisticamente relevante ao se analisar as prevalências de adolescentes com PN inadequado em relação às adultas com PN inadequado ou ao se analisar adolescentes com PN adequado em relação às adultas com PN adequado. Goldenberg *et al.*<sup>17</sup> observaram entre as puérperas com PN inadequado que a prevalência de prematuridade era 25% maior entre as adolescentes em relação às adultas e ao avaliar as puérperas com PN adequado a diferença não foi estatisticamente relevante. Ao considerar o desfecho prematuridade nosso estudo observou que as adolescentes não apresentam faixa etária como fator de risco, já no estudo citado de Goldenberg *et al.*<sup>17</sup> as adolescentes apresentaram maiores riscos de prematuridade, porém o pré-natal anularia esse fator. Avaliando a capacidade preventiva do pré-natal comparamos as adolescentes com PN inadequado com as adolescentes com PN adequado e observamos que nessa faixa etária o PN adequado reduziu em 36,7% a prevalência de prematuridade.

A prematuridade e o baixo peso estão associados a estresses psicológicos, especialmente quando a gestante não possui suporte social<sup>36</sup>. No caso das gestantes

adolescentes a falta de um suporte social é agravada pela estigmatização da gestação na adolescência<sup>33</sup>. O PN pode ser um meio de a gestante adolescente sentir-se mais amparada, auxiliando para diminuir estresse psicológico e indiretamente reduzindo as prevalências de prematuridade e baixo peso nessa faixa etária.<sup>17</sup>

O índice de Apgar de quinto minutos abaixo de sete se mostra como um fator preditivo para depressão respiratória<sup>36</sup>. Quanto ao Apgar de quinto minuto podemos observar que as prevalências de valores abaixo de sete não se encontram alteradas no presente estudo, nem ao se comparar as faixas etárias e nem ao se levar em conta o número de consultas pré-natais. Essa informação está de acordo com a literatura, Goldenberg *et al.*<sup>17</sup> em Minas Gerais em 2001, observaram sobreposição nos intervalos de confiança ao comparar as prevalências de baixo Apgar de quinto minuto. As baixas prevalências de Apgar de quinto minuto abaixo de sete possibilita que consideremos que as sobreposições de intervalos de confiança ocorram devido a uma amostra pequena de indivíduos com esse desfecho.



## 6. CONCLUSÃO

1. Avaliando o perfil da amostra, apresentaram como fatores de risco para desfechos neonatais desfavoráveis: entre as adolescentes maiores prevalências de solteiras, primíparas e de PN inadequado, enquanto as adultas apresentavam maiores prevalências baixa escolaridade e fumantes.

2. Ao se comparar os desfechos neonatais entre adolescentes e adultas sem considerar o acompanhamento PN a prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade atribuídos à faixa etária se encontra superestimada.

3. As adolescentes como faixa etária se apresenta como fator risco apenas para baixo peso ao nascer, esse fator de risco se encontra anulado nas pacientes que realizam um acompanhamento PN adequado. As prevalências de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de Apgar de quinto minuto inferior a sete não apresentam diferença estatisticamente relevante ao se comparar faixa etária entre pacientes de PN adequado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. 2007. (Acessado em 2008 Jun 11). Disponível em: [whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf)
2. OMS. Pregnant adolescent: Delivering on global promises of hope. 2006. (acessado em 2008 Jun 10). Disponível em: [whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf)
3. Magalhães MLC; Andrade HHSM. Ginecologia infanto-juvenil. 1ª Ed. Rio de Janeiro; editora MEDSI 1998
4. Davidoff LL. Introdução à psicologia. 3ª Ed. São Paulo; Makron 2001
5. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD, Gross D. Desenvolvimento Humano. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
6. Fortenberry JD, Feigin RD, Torchia MM, Middleman AB, Kaplan SL. Sexually transmitted diseases in adolescents [revisão de literatura na Internet] Uptodate. 2008 [acesso em 2008 Mar 13]. Disponível em: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?sessionid=1E2164CFF54F241D8B323169FBE2E960.0603?topicKey=adol\\_med/6531&selectedTitle=16~150&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?sessionid=1E2164CFF54F241D8B323169FBE2E960.0603?topicKey=adol_med/6531&selectedTitle=16~150&source=search_result)
7. Causay AL, Seago K, Wahl NG, Voelker CL. Pregnant adolescents in the emergency department: diagnosed and not diagnosed. Am J Emerg Med. 1997 Mar. 15(2): 125-129
8. Chacko MR, Middleman AB, Lockwood CJ, Torchia MM. Pregnancy in adolescents [revisão de literatura na Internet] Uptodate. 2008 [acesso em 2008 Mar 13]. Disponível em: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=adol\\_med/4424&selectedTitle=8~150&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=adol_med/4424&selectedTitle=8~150&source=search_result)
9. Kassir S B, Lima M C, Albuquerque M F M, Barbieri M A, Gurgel R Q. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006 out./dez ; 6 (4): 397- 403
10. Figueiró AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2002 set-dez; 2 (3): 291-302
11. Garofalo R, Middleman AB, Torchia MM. Adolescent sexuality [revisão de literatura na Internet] Uptodate. 2006 [acessado em 2008 Mar 13]. Disponível em: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=adol\\_med/5952&selectedTitle=6~150&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=adol_med/5952&selectedTitle=6~150&source=search_result)

12. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 jan; 23(1):177-186
13. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002 Oct; 24(9):609-613
14. Kassar SB, Gurgel RQ, Albuquerque MFM, Barbieri M A, Lima MC. Peso ao nascer de recém-nascido de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev Bras Saúde Matern Infant*; jul-set 2005; 5(3): 293-299
15. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil -1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Suppl 1: S112-S120
16. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores social de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(8):633-639
17. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RC. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Monte Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2005 jul-ago; 21(4):1077-1086
18. Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF, Filho AC, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(9): 530-535
19. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHCC, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia- há diferença nos riscos obstétricos?. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28 (8): 446-52
20. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy E, Fa nes A. Fatores sócio-demográficos e da assistência médica associados ao óbito materno. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1998 20(4): 181-185
21. Alegria FVL, Schor N, Siqueira AAF. Gr vides na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Pública*. 1989 23(6):473-7
22. Lockwood CJ, Magriples U, Ramin SM, Barss VA. The initial prenatal assessment and routine prenatal care [revisão de literatura na Internet] Uptodate. 2008 [acesso em 2008 Mar 13]. Disponível em:  
[http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?sessionid=46C9D967D84B1BF344CF727A01C5F653.0603?topicKey=antenatl/2937&selectedTitle=1~87&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?sessionid=46C9D967D84B1BF344CF727A01C5F653.0603?topicKey=antenatl/2937&selectedTitle=1~87&source=search_result)
23. Lacrete, O. Propedêutica da Gravidez. In: Obstetrícia Jorge de Rezende. 10ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. pp 174-268.

24. Ministério da saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3ª Ed; Brasília. Secretaria de Políticas de Saúde, 2006
25. Ministério da saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª Ed. 2005; Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 2000
26. ACOG. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstet Gynecol.* 2005 Set; 106:665-666
27. Morais EM, Alflen TL, Spara P, Beitune PE. Momento e Frequência das visitas de Pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20(1):25-32
28. Trevisan MR, Lorenzi DBS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em caxias do sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(5): 293-299
29. Teagle SE, Brindis CD. Perceptions of motivators and barriers to public prenatal care among first-time and follow-up adolescent patients and their providers. *Matern Child Health J.* 1998; 2(1):15-24
30. Lusskin SI, Misri S, Lockwood CJ, Schwenk TL, Barss VA; Postpartum blues and depression [revisão de literatura na Internet] Uptodate. 2008 [acesso em 2008 Mar 13]. Disponível em: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=postpart/2892&selectedTitle=1~150&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=postpart/2892&selectedTitle=1~150&source=search_result)
31. Duncan BB, Schimdt MI, Guigliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª Ed, Porto Alegre: Artmed 2006
32. Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó JBC, RamosLS, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* Recife, 2004 jan./mar; 4(1): 71-83
33. Moradesco JO, Sand ICPVD. Das bonecas ao bebê: a vida da adolescente ao tornar-se mãe. *Sci. med.* 2005; 15(1): 19-23
34. Balanço de dois anos do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal- Março/2006 [homepage na Internet]. Ministério da Saúde [atualizado em 2006 Mar e acessado em 2008 Jun 14]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/BPN.doc>
35. Organização Pan- Americana de Saúde [homepage na Internet]. Centro latino americano de perinatologia / salud de la mujer y reproductive [acessado em 2008 Jul 11]. Disponível em: <http://www.clap.ops-oms.org/>
36. Santos GHN, Martins MG, Souza MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(5): 224-231

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .